

こども医療費受給者証再交付申請書

こ ど も	氏 名	生 年 月 日	受 給 者 番 号							
		年 月 日								
		年 月 日								
		年 月 日								
こどもの住所	明石市									
申請理由	<input type="checkbox"/> なくした <input type="checkbox"/> 破れた・汚した <input type="checkbox"/> 届かない <input type="checkbox"/> その他 ()									
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> ※受給者証が見つかった場合、破れた・汚した受給者証がお手元にある場合は返却してください。 </div>										

上記のとおり、受給者証の再交付を申請します。

年 月 日

(申請者) 氏 名

続 柄 父 母 その他 ()

住 所 こどもと同じ
その他 ()

明 石 市 長 様

電 話 (- -)

事 務 処 理 欄	受付者	証 発 行	D 処 理		受 付 印
		<input type="checkbox"/> 窓口【※要確認】 <input type="checkbox"/> こども住所 <input type="checkbox"/> 本人確認(免許・個カ・())	入力	確認	
		<input type="checkbox"/> 郵送 (/)			